

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00027 vom 27. März 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00027](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00027)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00027 du 27 mars 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00027 del 27 marzo 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1979, war zuletzt seit dem 1. Oktober 2008

als Mitarbeiter Business Support bei einer Bank angestellt (Urk. 7/

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art.

#### **E. 1.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsge mäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C\_125/2015 vom 18. No vember 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C\_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krank heit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeits fähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 20 15 E. 5 und 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

#### **E. 1.3**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen fest zu stellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechts anwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin

mit der angefochtenen Verfügung zu Recht einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers verneinte (vgl. Urk. 1 und 2). Der Beschwerdeführer liess insbesondere den Standpunkt vertreten, es sei eine erneute Begutachtung erforderlich, da der Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt worden sei (Urk. 1 S. 4 ff.). 3. 3.1

In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten entnehmen, dass Dr. Y.\_\_\_\_ dem Versicherten ab dem 1. Mai 2012 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestierte, obwohl dieser über postoperative Schmerzen, eine erhöhte Stuhlfrequenz und Schmerzen beim Stuhlgang berichtet hatte (Urk. 7/13/ 21- 22). 3.2

Am 3. Juli 2012 begab sich der Versicherte zu Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, in Behandlung, da er nach der Operation vom 19. Dezember 2011 nie vollständig beschwerdefrei gewesen sei (Urk. 7/14/1- 2). Dr. A.\_\_\_\_

erhob einen regelrechten postoperativen Befund und diagnostizierte ein neuropathisches Schmerzsyndrom mit Urge -Inkontinenz bei Status nach Stapler- Mukosektomie nach Longo am 19. Dezember 2011 (Urk. 7/14/1, 7/14/8 und 7/14/9). Er attestierte dem Versicherten vom 3. Juli bis zum 31. Dezember 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In seinem Bericht vom 20. Februar 2013 führte er zudem aus, die Einschränkungen ergäben sich aus der psychischen Belastung durch die Schmerzen und die Inkontinenzepisoden. Es sei unklar, wie sich dieselben bei der Arbeit in der angestammten Tätigkeit auswirkten und in welchem zeitlichen Rahmen diese noch zumutbar sei (Urk. 7/14/2).

Die von Dr. A.\_\_\_\_ gestellte Diagnose wurde von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Anästhesiologie, bestätigt, der den Versicherten vom 24. August bis zum 14. Dezember 2012 behandelte (Urk. 7/15/1). Dr. B.\_\_\_\_ beurteilte den Versicherten als ab dem 24. August 2012 zu 100%, ab dem 1. November 2012 zu 50% und ab dem 1. Januar 2013 zu 0

% arbeitsunfähig (Urk. 7/15/2). 3.3

Es fand am 8. November 2013 in der Klinik C.\_\_\_\_ ein anorektales Konsilium statt .

Die anorektale Physiologie ergab normale Druckwerte, allerdings konnte die Perzeption wegen der geklagten Schmerzen nicht gemessen werden. In der Digitaluntersuchung gab der Versicherte eine diffuse Druckschmerzhaftigkeit an. Es wurde ein transanaler endoskopischer Ultraschall durchgeführt. Demnach waren sowohl der innere als auch der äussere Analsphinkter intakt. Die durchgeführten anorektalen Untersuchungen ergaben keine Hinweise für das Vorliegen einer morphologischen Pathologie. Es wurde daher eine Neuropathie vermutet und eine neurologische Untersuchung empfohlen, insbesondere da der Versicherte über ins linke Bein ausstrahlende Schmerzen geklagt hatte ( Urk. 7/32/1-3). 3.4

In der Folge wurde der Versicherte durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie, neurologisch untersucht. Dabei wurden intakte neurologische Verhältnisse des Nervus pudendus, der sakralen Radices und der sensiblen Blasenafferenz zum Cortex festgestellt. Die klinische Untersuchung und die neurophysiologischen Befunde unterstützten die Diagnose eines Pelvic

pain-Syndroms mit intakten neuronalen Strukturen. Dr. D.\_\_\_\_ habe dem Versicherten und dessen Vater das Konzept der Schmerzcentralisierung bei somatoformen Störungen erläutert. Angesichts der erheblichen Invalidisierung infolge der Symptomatik mit der seit zwei Jahren bestehenden Arbeitsunfähigkeit habe sie eine multimodale stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung, beispielsweise in der Privatklinik E.\_\_\_\_, der Höhenklinik F.\_\_\_\_ oder der G.\_\_\_\_, empfohlen (Urk. 7/32/4-5). 3.5

Vom 27. Juli bis zum 18. August 2014 wurde der Versicherte wegen eines Pelvic - Pain -Syndroms bei Status nach Hämorrhoidenoperation am 19. Februar (richtig: Dezember) 2011 (Stapler- Mukosektomie nach Longo ) stationär in der RehaClinic

H.\_\_\_\_ behandelt. Er habe über Schmerzen meist brennenden Charakters zwischen 4 bis 7 VAS im linken Anteil des Analsphinkters berichtet, die ihm ein längeres Sitzen nahezu unmöglich machten. Zudem habe er über Wirbelsäulen- und allgemeine Knochen schmerzen geklagt ( Urk. 7/36/1).

Während des Aufenthalts habe der Versicherte gute Fortschritte hinsichtlich einer Verbesserung der Wahrnehmung seines Körpers erzielt und dadurch eine Schmerzlinderung und eine Verbesserung der Mobilität erreicht . Auch das Hinsetzen habe langsam geübt werden können. Im Verlauf sei es auch zu einer ersten Veränderung des Verhaltens gegenüber sich selbst gekommen, vor allem in Bezug auf die Akzeptanz der eigenen Grenzen. Die Schmerzsymptomatik zeige sich noch nicht ganz rückläufig. Es sei aber eine gewisse Verbesserung erkennbar. Bei einem reduzierten Schmerzniveau sei der Versicherte am 18. August 2014 in gutem Allgemeinzustand wieder nach Hause entlassen worden ( Urk. 7/36/3).

Die klinische Psychologin habe eine ängstlich-besorgte Grundhaltung und eine starke Tendenz zu einer schmerzbedingten Schonhaltung bzw. zu einem Vermeidungsverhalten festgestellt. Gleichzeitig sei der Versicherte sehr motiviert, etwas an seiner Situation zu verbessern, und tendenziell leistungsorientiert mit hohen Erwartungen an sich selbst. Die Auswirkungen der anhaltenden Schmerzthematik und weiterer gesundheitlicher Einschränkungen schienen inzwischen auf der psychischen wie auf der sozialen Ebene sehr

belastend und auch mit Schamgefühlen, Unzulänglichkeitserleben und Zukunfts sorgen verbunden. Gleichwohl sei es dem Versicherten im Verlauf gelungen, mehr auf das eigene Befinden und die momentanen Bedürfnisse zu achten, sich Pausen zu gönnen, vermehrt zu dosieren sowie neue Strategien auszuprobieren. Die Frage nach der Arbeitsfähigkeit und weiteren arbeitsbezogenen Möglichkeiten sei ebenso zentral gewesen, für den Versicherten jedoch in Form der Rückmeldung bzw. Empfehlung unbefriedigend beantwortet worden (ergänzende psychiatrische Einschätzung und Arbeitsversuch in geschütztem Rahmen). Zur weiteren Unterstützung im Umgang mit der Schmerzthematik sowie mit psychosozialen Belastungen werde sehr empfohlen, mit psychotherapeutischen Kontakten, am ehesten körperorientiert (nach Möglichkeit bei einem männlichen Therapeuten), fortzufahren (Urk. 7/36/4). 3.6

Im Gutachten der Z. \_\_\_ AG vom 4. März 2015 (Urk. 7/54) wurde ein Schmerzsyndrom mit Urge-Inkontinenz bei Status nach Stapler-Mukosektomie nach Longo am 19. Dezember 2011 bei zirkulären Hämorrhoiden Grad III als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 7/54/9). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei der Verdacht auf psychologische Faktoren und Verhaltensweisen bei andersorts klassifizierten Erkrankungen – psychogen überlagerte Schmerzsymptomatik (ICD-10: F54).

In der angestammten und in einer anderen Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 80 bis 100 % unter der Voraussetzung, dass während der Arbeit ein rascher und unmittelbarer Zugang zu einer Toilette gewährleistet sei. Nach dem operativem Eingriff vom Dezember 2011 habe während einiger Wochen eine Arbeitsfähigkeit von 0 % bestanden, später eine solche von 80 bis 100 % (Urk. 7/54/11 und 7/54/14). 4.4.1

Es ist insoweit unbestritten und ergibt sich aus der geschilderten medizinischen Aktenlage, dass weder ein physischer noch ein neurologischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in invaliditätsrelevanter Weise beeinträchtigt (vgl. insbesondere Urk. 7/14/2, 7/14/8, 7/14/13, 7/32/2, 7/32/4-5, 7/36/6, 7/54/6-7, 7/54/8-11, 7/54/16-28 und 7/54/39-44). 4.2

Demgegenüber wurde kontrovers diskutiert und ist zu prüfen, ob auf das psychiatrische Teilgutachten der Z. \_\_\_ AG von Dr. med. I. \_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. Januar 2015 abgestellt werden kann, wonach auch kein invalidisierendes psychisches Leiden vorliegt. 4.3

Das zur Diskussion stehende psychiatrische Teilgutachten beruht auf der fachärztlichen Untersuchung des Beschwerdeführers vom 22. Januar 2015 und den zur Verfügung gestellten medizinischen Vorakten (Urk. 7/54/1 und 7/54/29). Dr. I. \_\_\_ erhob eine ausführliche Anamnese (Urk. 7/54/30-32) und liess den Beschwerdeführer seine subjektiven Beschwerden und seinen Tagesablauf schildern (Urk. 7/54/30). Überdies führte Dr. I. \_\_\_ eine eingehende psychiatrische Befunderhebung durch (Urk. 7/54/33-34).

Dr. I. \_\_\_ zog in Betracht, nach dem operativen Eingriff vom 19. Dezember 2011 habe der Versicherte über Schmerzen im Anal- und Genitalbereich, über Stuhlinkontinenz und Gelenkbeschwerden geklagt, wobei die Letztgenannten seiner Beschreibung zufolge aufgrund einer Schonhaltung aufgetreten seien. Die beschriebene Schmerzsymptomatik, die frustrierenden Therapieversuche (entsprechend Aussage des Versicherten) und auch die sich einstellenden sozialen Probleme (nach dem Verlust des Arbeitsplatzes) hätten zu einer affektiven Reaktion im Sinne von Enttäuschungserleben, bedrückter Stimmung und Zukunftsängsten geführt. Die beschriebene psychische Reaktion sei dabei als

normalpsychologische Reaktion anzusehen .

Eine eigenständige psychische Erkrankung, zum Beispiel im Sinne einer Anpassungsstörung, habe sich nicht entwickelt (Urk. 7/54/7 und 7/54/35) .

Schon relativ früh sei die Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung diskutiert worden, wobei dies gemäss den vorliegenden Unterlagen im Wesentlichen damit begründet worden sei, die persistierende Schmerzsymptomatik sei organisch nicht erklärbar und es liege eine Schmerzverarbeitungsstörung vor. Eine somatoforme Schmerzstörung gemäss ICD-10 setze aber über das Fehlen hinreichender organischer Erklärungen für die Schmerzen zwingend auch/zusätzlich voraus, dass psychosoziale Probleme und emotionale Konflikte als entscheidende ursächliche Einflüsse für die Schmerzsymptomatik (im Sinne der initialen Verursachung der Schmerzen, gegebenfalls aber auch im Sinne der Aufrechterhaltung initial aus körperlichen Gründen entstandener Schmerzen) vorlägen. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung könne nur gestellt werden, wenn die psychische Mitverursachung der Schmerzen nachvollziehbar und plausibel belegt werde. Wenn ein Beleg nicht gelinge, könne dies zum einen daran liegen, dass eine somatoforme Dynamik zwar vermutet worden, aber eben nicht vorhanden sei. Es könne aber auch daran liegen, dass die versicherte Person emotionale Probleme oder Ängste aus Abwehr- bzw. Selbstschutzgründen verleugne. Es gelinge manchmal erst nach längerer Psychotherapie, die wesentlich an der Entstehung/Aufrechterhaltung der Schmerzsymptomatik beteiligten psychischen Faktoren herauszuarbeiten und zu bearbeiten. Solange keine psychischen Faktoren im genannten Sinne herausgearbeitet worden seien, könne die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden, sondern nur die diesbezügliche Verdachtsdiagnose. Beim Versicherten sei die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Störung aufgrund auffälliger Persönlichkeitszüge (starke, offensichtlich schon in der Kindheit intrapsychisch verankerte Leistungsorientierung, Übergenauigkeit, an der Grenze zur zwanghaften Persönlichkeitsakzentuierung) sicher zu diskutieren. Ob psychische Faktoren aber wirklich einen entscheidenden Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der Schmerzsymptomatik hätten, erscheine doch etwas fraglich. Es sei hier deshalb die Verdachtsdiagnose psychologische Faktoren und Verhaltensweisen bei andernorts klassifizierten Krankheiten – psychogen überlagerte Schmerzsymptomatik zu stellen (Urk. 7/54/7-8 und 7/54/35) .

In Anbetracht der ICD-Kriterien, welche für die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung erfüllt sein müssen (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.] , 9. Auflage 2014, Ziff. F45.4 S. 233) , erkannte Dr. I.\_\_\_\_ zutreffend, dass das Vorhandensein organischer nicht erklärbarer Schmerzen ( d.h. ein syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage)

für eine entsprechende Diagnose nicht genügt (vgl. auch BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1) . Er legte die erforderlichen Voraussetzungen korrekt dar und ging – entgegen der von Seiten des Beschwerdeführers vorgetragene Behauptung (Urk. 7/62/1) – nicht ansatzweise davon aus, die Erfüllung der sogenannten Foerster-Kriterien gehöre zu denselben.

Vielmehr diskutierte

er die im Raum stehende Verdachtsdiagnose einer somatoformen Schmerzstörung

eingehend und begründete einleuchtend und nachvollziehbar, weshalb sie mangels Erfüllung sämtlicher erforderlicher Voraussetzungen verworfen werden müsse. Von den sogenannten Foerster-Kriterien war dabei nicht die Rede. Der Vorwurf, Dr. I.\_\_\_\_ habe aus dem Umstand, dass er die sogenannten Foerster-Kriterien als nicht erfüllt beurteilt habe, in medizinischer Hinsicht falsche Schlüsse gezogen (Urk. 7/62/1), erweist sich daher als unzutreffend. Ebenso wenig erscheinen die Ausführungen von Dr. I.\_\_\_\_ als in sich widersprüchlich, wie es von Seiten des Beschwerdeführers behauptet wurde (Urk. 1 S. 4 und 7/62/1). Schliesslich ist auch nicht zu beanstanden, dass Dr. I.\_\_\_\_ der zweitgenannten Verdachtsdiagnose unter Berücksichtigung der gesamten Umstände den Vorrang gab.

Gemäss der bis zum 3. Juni 2015 massgeblich gewesenen bundesgerichtlichen Rechtsprechung bestand die Vermutung, dass die Folgen des betreffenden Leidens (ebenso wie diejenigen einer allfälligen somatoformen Schmerzstörung) mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind und in der Regel keine langdauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken vermögen. Nur im Ausnahmefall, wenn die sogenannten Foerster-Kriterien in einem hinreichenden Ausmass erfüllt waren, wurden die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung verneint und ein Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess als unzumutbar erachtet (vgl. BGE 139 V 547 E. 3, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 und das Urteil des Bundesgerichts 9C\_673/2012 vom 28.

November 2012 E. 3.1).

Es ist daher nicht zu beanstanden, dass Dr. I.\_\_\_\_

in einem zweiten Schritt die sogenannten Foerster-Kriterien prüfte. Dabei erkannte er zutreffend, dass nebst dem geklagten syndromalen Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage keine psychische Begleiterkrankung vorlag. Von Seiten des Beschwerdeführers wurde denn auch nichts Gegenteiliges behauptet (vgl. Urk. 1 und 7/62).

Überdies ist Dr. I.\_\_\_\_

beizupflichten, dass kein sozialer Rückzug festzustellen war, zumal der Beschwerdeführer seinen Schilderungen zufolge täglich das Haus verlässt und rege Inmässige Kontakte zu Freunden und Familienmitgliedern pflegt (Urk. 7/54/23, 7/54/30 und 7/54/40). Ein enverfestigte, therapeutisch nicht mehr angehbare innerseelische Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung konnte

Dr. I.\_\_\_\_

ebenfalls zu Recht nicht ausmachen, ergaben sich diesbezüglich doch weder aus den Angaben des Beschwerdeführers noch aus den Akten entsprechende Hinweise. Die Auffassung Dr. I.\_\_\_\_s, dass keine unbefriedigenden Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen festzustellen waren

(der Aufenthalt in H.\_\_\_\_ sei sicher als adäquater Behandlungsansatz zu sehen, ansonsten sei aber gemäss den Angaben des Versicherten noch keinerlei psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erfolgt;

Urk. 7/54/8, 7/54/12-13 und 7/54/36), deckt sich mit der medizinischen Aktenlage. Insbesondere schilderte der Beschwerdeführer selbst, wie man

ihm nach dem Aufenthalt in H.\_\_\_\_

zwar die Adresse eines Psychotherapeuten mitgeben, er dann aber keinen Kontakt zu demselben hergestellt habe ;

er sei sehr skeptisch, ob eine Psychotherapie etwas bewirken könnte (Urk. 7/54/31). Vor diesem Hintergrund erscheint es als nachvollziehbar und schlüssig, dass Dr. I. \_\_\_ zum Schluss gelangte, dass zur Diskussion stehende psychische Leiden sei überwindbar und aus psychiatrischer Sicht bestehe sowohl in der angestammten als auch in jeder anderen Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/54/8 und 7/54/35-37). 4.4

Der vormalige Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat insoweit richtig erkannt (Urk. 1 S. 4 f. sowie Urk. 7/62/1), dass das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 (Urteil 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015) seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert hat. Die Überwindbarkeitsvermutung wurde aufgegeben (BGE 141 V 574 E. 3.5) und das bisherige Regel-/ Ausnahme modell wurde durch ein

strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt (BGE 141 V 574 E. 3.6). An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits soll das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen beurteilt werden (BGE 141 V 281 E. 3.6). Beont wird, dass die Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung an den Regeln betreffend die Zumutbarkeit nichts ändert, namentlich nicht am Erfordernis einer objektivierte Beurteilungsgrundlage. Nach Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG liegt eine Erwerbsunfähigkeit nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie gerichtsnotorisch ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden – wobei erst noch häufig gar keine konsistente Behandlung stattfindet –, sind auch künftig nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen (BGE 141 V 281 E. 3.7.1).

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

Die Handhabung des Katalogs muss stets den Umständen des Einzelfalls gerecht werden. Es handelt sich nicht um eine „abhakbare Checkliste“ (BGE 141 V 281 E. 4.1.1).

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach dieser Entscheidung verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen

entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor dem Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6 in initio). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiellbe weisrechtlich ge änderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prü fen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen gut achten – ge gebenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8). 4. 5

Dr. I.\_\_\_\_

erstattete sein psychiatrisches Teilgutachten vor der erwähnten Rechtsprechungsänderung.

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vertrat den Standpunkt, eine Überprüfung der Standardindikatoren sei im hier zu beurteilenden Fall nicht möglich (Urk. 1 S. 4 f. und 7/62/1). Dem ist entgegenzuhalten, dass Behandlungserfolg oder –resistenz, also der Verlauf und der Ausgang von Therapien, wichtige Schweregradindikatoren sind (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.2.1), die sich anhand des Gutachtens von Dr. I.\_\_\_\_

und der

übrigen medizinischen Akten

ohne Weiteres beurteilen lassen. Demnach unterzog sich

der Beschwerdeführer bis zu seinem stationären Aufenthalt in der RehaClinic

H.\_\_\_\_ weder eine psychiatrische noch eine psychotherapeutische Behandlung (vgl. insbesondere Urk. 7/54/8 und 7/54/31). Erst im Rahmen des Klinikaufenthaltes in H.\_\_\_\_

vom 21. Juli bis zum 18. August 2014 nahm er punktuell an psychologischen Einzelgesprächen teil (Urk. 7/36/4). Dort wurde ihm eine körperlich orientierte psychotherapeutische Behandlung nach dem Klinikaustritt empfohlen (Urk. 7/36/4), die er in der Folge jedoch nie in Anspruch nahm (Urk. 7/54/31).

Vor diesem Hintergrund erkannte Dr. I.\_\_\_\_ zutreffend, dass von unbefriedigenden Behandlungsergebnissen trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen nicht die Rede sein kann (Urk. 7/54/8 und 7/54/36). Ein invaliditätsrelevanter psychischer Gesundheitsschaden lässt sich unter diesen Umständen ebenfalls nicht bejahen, da psychische Störungen der hier interessierenden Art nach der Rechtsprechung nur dann als invalidisierend gelten, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Darüber hinaus ist zu bemerken, dass die Nichtinanspruchnahme der vorgeschlagenen psychotherapeutischen Behandlung auf einen mangelnden Leidensdruck des Beschwerdeführers schliessen lässt, der unter dem Kriterium der Konsistenz entsprechend negativ zu würdigen ist (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 und E. 4.4). Bei dieser Ausgangslage kommt den weiteren Standardindikatoren keine wesentliche Bedeutung mehr zu. Dennoch ist festzuhalten, dass unbestritten keine psychische Begleiterkrankung vorliegt, die dem Beschwerdeführer Ressourcen rauben könnte (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Er verfügt nach wie vor über ein soziales Netzwerk (Urk. 7/54/23, 7/54/30 und 7/54/40), das ihm als mobilisierende Ressource dienen kann. 4. 6

Aus dem Gesagten folgt, dass das psychiatrische Teilgutachten von Dr. I.\_\_\_\_ – zusammen mit den weiteren medizinischen Akten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der

massgeblichen Indikatoren gemäss der mit BGE 141 V 281 geänderten Rechtsprechung erlaubt. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin darauf abgestellt hat. 5.

Mit dem Gutachten der Z. \_\_\_ AG vom 4. März 2015, insbesondere auch dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. I. \_\_\_ vom 22. Januar 2015, ist ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer bis zu seiner Begutachtung an keinem Gesundheitsschaden litt, der ihn in invalidenversicherungsrechtlich relevanter Weise in seiner Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkte. Anhaltspunkte für eine bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 20. November 2015 eingetretene Verschlechterung der gesundheitlichen Situation sind keine vorhanden. Es erweist sich deshalb als korrekt, dass die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers verneint hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X. \_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gohl Zschokke

## **E. 6**

und 7/12), als er sich am 19. Dezember 2011 wegen Hämorrhoiden einem operativen Eingriff unterziehen musste (Urk. 7/13/19). Dr. med. Y. \_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, bescheinigte dem Versicherten ab dem 19. Dezember 2011 eine 100%ige

Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/ 13 / 22 ). Die Helsana Versicherungen AG richtete dem Versicherten bereits ab dem 6. Dezember 2011 Krankentaggel der aus (vgl. Urk. 7/13/2-18 ).

Am 19. Mai 2012 meldete sich der Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/ 1 ). Diese zog die Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 7/ 13 ) und führte am 28 . August 2012 mit dem Versicherten ein Standortgespräch durch (Urk. 7/

## **E. 8**

Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein ( Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt ( Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist ( Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.